

На правах рукописи

**Ф У Р С Е Н К О**

**Сергей Николаевич**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ  
ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА ПЛАТНЫЕ  
МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат  
Диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2012

Работа выполнена в ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»,

**Научные консультанты:**

Доктор медицинских наук,

Виктор Константинович Попович

**Официальные оппоненты:**

Доктор медицинских наук, профессор Вера Михайловна Алексеева

Доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Злобин

**Ведущая организация:** Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Защита состоится 23.12.2011 г. в 10 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России» по адресу: 127245, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации Минздравсоцразвития России» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2011 г.

Ученый секретарь  
специализированного совета  
доктор медицинских наук

К.Г.Пучков

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования** определяется необходимостью повышения качества и доступности медицинской помощи, обеспечения развития учреждений здравоохранения на основе совершенствования механизмов ценообразования на медицинские услуги. Отказ от постатейного финансирования медицинской деятельности, переход на систему государственного заказа, узаконивание платных услуг в государственных (муниципальных) учреждениях, включение негосударственных учреждений в систему обязательного медицинского страхования, переход преимущественно на одноканальное финансирование, внедрение принципа свободного выбора врача – все это свидетельствует о целенаправленной политике государства на укрепление рынка медицинских услуг и развитие рыночных механизмов управления. Вхождение государственной системы здравоохранения в рыночные отношения потребует существенного пересмотра тарифной политики с целью выравнивания условий финансирования для участников рынка медицинских услуг. Принадлежность здравоохранения к социальной сфере, а медицинской услуги к общественному благу обуславливает особый подход к ценообразованию, особенно в сфере платных медицинских услуг.

Высокая заинтересованность учреждений здравоохранения в дополнительном источнике финансирования, допускаемые ими нарушения по замещению гарантированных государством бесплатных видов медицинской помощи платными услугами, непроработанность организационно-экономических механизмов управления этом видом деятельности способствовали неоднозначному отношению населения к платным медицинским услугам, во многом поддерживаемому его низкой платежеспособностью. Вместе с тем, реальность функционирования здравоохранения состоит в постоянном увеличении объема платных медицинских услуг. Так, за период с 2000 по 2008 год их объем в денежном выражении вырос в 7,1 раза, а удельный

вес медицинских услуг в общем объеме платных услуг, оказываемых населению, с 1995 года увеличился в 1,8 раза<sup>1</sup>.

Несмотря на более чем 20-летний опыт использования платных услуг в государственных (муниципальных) учреждениях, не произошло качественного развития этого направления. Прежними остаются подходы к формированию номенклатуры услуг, организации процесса их предоставления, системе ценообразования, порядку государственного регулирования. Призванные на первых порах способствовать выживаемости здравоохранения в условиях резко ограниченного финансирования и сохранению кадрового потенциала отрасли (за счет предоставления дополнительных рабочих мест) платные услуги продолжают оставаться не ориентированными на фактические потребности населения. Формирование рынка медицинских услуг должно способствовать изменению отношения к платным медицинским услугам в обществе, и они должны занять четко определенное место в общем объеме медицинской помощи. Такой подход потребует создания условий, необходимых для реализации их потенциала в улучшении медицинского обеспечения населения, поддержании конкурентных преимуществ учреждений. Особое место в этом процессе отводится ценовой политике.

Изучение проблем ценообразования в качестве раздела экономики здравоохранения получило широкое отражение в научных работах Галкина Р.Ф., Герасименко Н.Ф., Гришина В.В., Девишева Р.И., Зельковича Р.М., Исаковой Л.Е., Кадырова Ф.Н., Корчагина В.П., Кравченко Н.А., Кручининой С.С., Кучеренко В.З., Линденбратена А.Л., Макаровой Т.Н., Лебедевой Н.Н., Семенова В.В., Стародубова В.И., Шевского, В.И., Шеймана И.М. и др.

Проблема ценообразования в здравоохранении характеризуется разнообразием подходов и используемых методик расчета, что ставит учреждения и пациентов в неравнозначные условия. В результате цена одной и той же услуги, оказываемой в разных учреждениях одного типа, может резко различаться. Свойство цены медицинской услуги влиять на ее качество и доступ-

---

<sup>1</sup> «Здравоохранение России – 2009г.» [http://www.gks.ru/bgd/regl/b09\\_34/IssWWW.exe/Stg/d2/07-01.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/IssWWW.exe/Stg/d2/07-01.htm)

ность, а также обеспечивать эффективную деятельность и развитие учреждений здравоохранения требует оптимизации ценовой политики в здравоохранении в направлении упорядочения методических и организационно-управленческих подходов.

**Цель исследования** состоит в обосновании направлений совершенствования государственной политики ценообразования в здравоохранении в области платных медицинских услуг.

**Задачи исследования:**

1. Оценка состояния проблемы ценообразования в здравоохранении с позиции теоретических подходов, отечественной и зарубежной практики;
2. Анализ основополагающей нормативно-правовой базы оказания платных медицинских услуг в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения;
3. Выявление методических особенностей проектирования цен на медицинские услуги в учреждениях здравоохранения;
4. Анализ опыта ценообразования на платные медицинские услуги;
5. Разработка предложений по совершенствованию системы ценообразования на платные медицинские услуги в государственных (муниципальных) учреждениях.

**Объектом исследования** является система ценообразования в здравоохранении

**Предмет исследования** составили основные подходы, принципы и методы формирования цен на платные медицинские услуги, применяемые в государственных учреждениях здравоохранения Российской Федерации

**Методологическая и теоретическая основа диссертации.** Работа построена на системном подходе; анализе публикаций отечественных и зарубежных авторов; изучении методологии и нормативной базы, теоретических основ и практического опыта в области ценообразования, использовании методов экономического анализа себестоимости услуг, концептуальном моде-

лировании системы ценообразования в области платных медицинских услуг в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения.

**Научная новизна исследования** состоит в решении научной задачи по обоснованию направлений совершенствования государственной политики ценообразования на платные медицинские услуги в современных условиях. В ходе исследования:

- Обоснованы направления модернизации методики расчета себестоимости медицинских услуг в учреждениях здравоохранения;
- Определены основные принципы государственной политики в области ценообразования в здравоохранении;
- Разработаны предложения по снижению себестоимости медицинских услуг в учреждениях здравоохранения;
- Разработана концептуальная модель системы ценообразования в области платных услуг и организационно - экономические механизмы управления системой ценообразования;
- Определен характер взаимодействия производителей платных медицинских услуг и органами управления здравоохранением.

**Научно-практическая значимость работы** заключается в возможности использования в работе учреждений здравоохранения: конкретных предложений по внедрению системы ценообразования на платные услуги в государственных учреждениях здравоохранения, организационно-экономических механизмов управления государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения в условиях развития платных медицинских услуг; комплекса моделей цен, применимых к платным медицинским услугам, а также в подготовке программ обучения руководителей, экономистов медицинских учреждений, студентов медицинских высших образовательных учреждений в области ценообразования в здравоохранении.

**По результатам исследования подготовлены:**

1. Методические рекомендации. «Реорганизация государственных (муниципальных) лечебных учреждений в государственные (муниципальные) авто-

номные некоммерческие организации и автономные учреждения» М., 2007, 39с. (Михайлова Ю.В., Косолапова Н.В., Михайлов А.Ю., Сасина М.С., Замахаев С.А., Турчиев А.Г., Фурсенко С.Н.)

2. Методические рекомендации. Нормативно-правовое обеспечение и порядок платных медицинских услуг в современных условиях. М., 2008, 15с. (Фурсенко С.Н.)

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Проводимая российским государством ценовая политика в области платных медицинских услуг была направлена на сохранение системы здравоохранения и кадровых ресурсов в условиях недофинансирования, не предусматривала воспроизводства основных фондов, технологического развития учреждений здравоохранения, не была нацелена на рост ассортимента услуг, повышение качества и доступности медицинской помощи для населения. Цена не стала фактором повышения эффективности работы учреждений.

2. Действующая нормативно-правовая база в области ценообразования на платные услуги в здравоохранении не соответствует сегодняшним задачам государственной политики развития рынка медицинских услуг и формирования конкурентной среды, не учитывает фактические потребности населения. Жесткие ценовые регламенты ограничивают развитие сферы платных услуг, не нацелены на использование возможностей цены в качестве рыночного регулятора развития отрасли.

3. В условиях становления и развития рынка медицинских услуг система ценообразования помимо традиционных способов расчета себестоимости и калькулирования затрат должна включать маркетинговые параметры, характеризующие фактическую потребность населения и его платежеспособный спрос, финансовые возможности самого учреждения, обеспечивать гибкую систему цен на основании их моделирования в соответствии с видами услуг и способами финансирования учреждений.

4. Совершенствование государственной ценовой политики на платные медицинские услуги включает следующие положения: 1) расширение прав уч-

реждений здравоохранения в проектировании и использовании системы ценообразования на платные услуги; 2) определение форм взаимодействия учреждений и органов управления здравоохранением в области развития системы ценообразования на платные услуги; 3) разработку механизмов государственной и общественной поддержки развития предпринимательства в здравоохранении, а также системы административного контроля за основной и дополнительной деятельностью учреждений.

**Апробация работы.** Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: 1) Всероссийской научно-практической конференции «Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России» М., 2006; 2) Всероссийской научно-практической конференции «Новые технологии в современном здравоохранении» М., 2007; 3) Всероссийская научно-практическая конференция «Межсекторальное партнерство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения» М., 2009; 4) Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» М., 2008; 5) межрегиональной научно-практической конференции «Здоровый город» г.Ставрополь, 2008; 6) Коллегиях Министерства здравоохранения р. Саха (Якутия), 2005, 2007-2009г.; 7) Всероссийской научно-практической конференции «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации. М., 2010

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 154 страницах машинописного текста, иллюстрирована 8 таблицами, содержит 15 формул. Составляет из введения, 5 глав, заключения, выводов и предложений. Список литературы включает 128 источников, в том числе 28 зарубежных публикаций.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснована актуальность исследования, представлены его цель и задачи, показаны научная новизна, научно-практическая значимость и формы внедрения, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** *«Теоретические основы ценообразования в сфере услуг, отечественная и зарубежная практика»* даны определения основных категорий, характеризующих процесс ценообразования в здравоохранении, среди которых ключевыми являются себестоимость и цена медицинской услуги, отражающие отраслевую специфику. Нормативный принцип ценообразования в здравоохранении способствовал разработке и применению таких категорий, как медико-экономические стандарты, государственный прейскурант цен. Основными механизмами, регулирующими ценообразование в здравоохранении, остаются государственные стандарты и порядки, при развитии рынка медицинских услуг ожидается повышение роли конкуренции в формировании цен, особенно в платном секторе.

Вместе с тем, опыт зарубежных стран показал, что конкурентная борьба на рынке медицинских услуг, осуществляется в основном в сфере цен. На первых порах способствует повышению экономической эффективности работы учреждений, расширению ресурсосберегающих медицинских и управленческих технологий, но постепенно приводит к снижению качества и доступности помощи, т.к. этап рыночной конкуренции сменяется установлением договорных отношений между поставщиками и заказчиками медицинских услуг. В результате отказ от ценовой конкуренции в большинстве стран способствовал формированию единых национальных тарифов<sup>2</sup>.

Проблема соотношения плановых и рыночных регуляторов в области ценовой политики, разрабатываемая в течение десятилетий в западноевропейской практике, так и не нашла окончательного решения, что обосновывает ее особую остроту и для российского здравоохранения, стоящего на пороге рыночной реформы.

**Во второй главе** *«Основные методические подходы и информационная база исследования»* изложены основные методические подходы, использованные для оценки ситуации, сложившейся в ценообразовании в учрежде-

---

<sup>2</sup> Шейман И.М. Зарубежный опыт реализации рыночных моделей здравоохранения Журнал «Здравоохранение» 2009г. №4

ниях здравоохранения при различных видах платных услуг. Исследование построено на основе использования доступных источников информации, в число которых вошли:

- нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность системы ценообразования в здравоохранении;
- публикации, отражающие методические разработки в области ценообразования, осуществленные в разные периоды развития здравоохранения (в условиях бюджетного финансирования, системы обязательного медицинского страхования, развития добровольного медицинского страхования, оказания платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях, становления частной практики);
- интернет-ресурсы, содержащие информацию об опыте ценообразования в различных учреждениях здравоохранения;
- анализ практического опыта ценообразования в действующих поликлинических учреждениях г.Москвы (материалы исследований ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России – Р.И.Девишев, Н.Н.Смирнова);
- личный опыт изучения, разработки и внедрения методики определения цены на платные медицинские услуги в поликлинике г.Нерюнгри.

В состав *использованных в исследовании методов* вошли: аналитический, монографический, контент-анализ, экономические методы расчета затрат, изучение опыта, организационный эксперимент, концептуальное моделирование и др.

В качестве баз исследования были выбраны городские амбулаторно-поликлинические учреждения, работающие в условиях ДМС и оказания платных медицинских услуг. Предмет изучения в базовых учреждениях составляли используемые методы ценообразования, результаты расчетов, особенности подходов. Выбор баз исследования определялся спецификой решаемых в области ценообразования задач городскими и муниципальными амбулаторно-поликлиническими учреждениями. В московской городской поликлинике №220 рассматривался процесс формирования цены на меди-

цинские услуги в условиях ДМС (2000г.) и при оказании платных медицинских услуг (2006г.), в нерюнгринской поликлинике – специфика ценообразования, свойственная муниципальному учреждению (2009г.).

Расчет себестоимости медицинских услуг, выполняемых поликлиникой N 220 по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) производился на основе анализа фактических затрат и в соответствии со следующими регламентирующими документами: Положением о составе затрат по производству и реализации продукции (работ, услуг), и о порядке формирования финансовых результатов, учитываемых при налогообложении прибыли, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 августа 1992 года N 552 с последующими изменениями и дополнениями; Отраслевым классификатором "Сложные и комплексные медицинские услуги" (2-ая редакция) и классификатором "Простые медицинские услуги", утвержденным Приказом МЗ РФ N374 от 22.12.98 г.; распоряжением Мэра г. Москвы от 22.08.97 г. N 654-РМ "Об утверждении годовых нормативов затрат на содержание объектов социально-культурной сферы" и Приложение к нему; Письмом Министерства экономики РФ от 23.05.2000 г. NРТКПЗ-115 (Приложение 1) "Основные показатели к сценарным условиям социально-экономического развития РФ за период до 2003 г."; Федеральным законом от 19.06.2000 г. N 82-ФЗ" О минимальном размере оплаты труда". Все расчеты проведены на основе норм времени работы врачей и медицинских сестер по ОМС, предоставленных поликлиникой.

Экспертиза расценок на платные медицинские услуги, выполняемые поликлиникой N 220, проведена с учетом исследования рыночной конъюнктуры цен на платные медицинские услуги, расчетов изменения цен на медицинские услуги в связи с инфляцией, расчета себестоимости платных услуг поликлиники по основным видам и выборочного сравнения цен на платные услуги в различных учреждениях г.Москвы. Включены: плановая и отчетная информация о расходах учреждения, информация о штатной структуре учреждения, тарификационные ведомости, статистическая информация об объе-

мах оказываемых услуг, преysкуранты цен на медицинские услуги 2004-2006 гг. и др. Для сравнительной оценки конъюнктуры на рынке платных медицинских услуг г.Москвы были проанализированы цены более, чем по 13,5 тысячам позиций преysкурантов на платные амбулаторные услуги государственных и коммерческих медицинских организаций, включая цены Поликлиники №2 им.Семашко, Медицинского центра, Российского Университета Дружбы Народов, поликлиники ММА им. И.М.Сеченова, ЦНИКВИ, Медицинского центра в Кунцево, Центральной поликлиники ОАО «Российские железные дороги», Медицинского центра в Марьино, Медицинского центра Столица-2, амбулаторного отделения многопрофильной больницы «Марьино Роща», ЦКБ Святителя Алексея и др.

Разработанная и апробированная методика расчета себестоимости платных медицинских услуг, оказываемых муниципальными учреждениями здравоохранения Нерюнгринского района, была утверждена Постановлением Нерюнгринской районной администрации и внедрена во всех поликлинических учреждениях района. Методика расчета себестоимости услуг помимо традиционного подхода включала хронометраж затрат времени персонала.

Помимо этого в работе на основе изучения публикаций и интернет-ресурсов рассмотрены отличительные характеристики различных форм ценообразования и видов цен, используемых в здравоохранении и отраслях экономики, давно работающих в рыночных условиях, с позиции возможности их применения в современных условиях.

Проведенный критический анализ механизмов государственного регулирования цен, применяемый в системе ОМС, а также опыта разных стран позволил с позиции современных управленческих подходов обосновать методы, способствующие усилению роли цены в повышении эффективности и качества работы медицинских учреждений.

На основе анализа результатов исследования и информационных источников были выявлены основные недостатки в действующей системе це-

нообразования на медицинские услуги с целью разработки предложений по дальнейшему совершенствованию.

**В третьей главе «Методическое обеспечение процесса ценообразования на медицинские услуги»** дан анализ методик ценообразования, используемых в учреждениях здравоохранения. Ценообразование в здравоохранении – достаточно молодая технология, введению которой в огромной степени способствовали переход на принципы бюджетно-страховой медицины и внедрение экономических методов. В основу технологии ценообразования был положен затратный метод, в соответствии с которым, расчет себестоимости медицинской услуги до сегодняшних дней осуществляется на основе учета основных и накладных расходов.

В соответствии с российским законодательством, методики расчета себестоимости медицинских услуг носят преимущественно рекомендательный характер и используются с учетом конкретных условий функционирования учреждения, что порождает дифференциацию цен не только по типам учреждений (что правомерно), но и в однотипных учреждениях, расположенных в разных территориях. Разница в подходах к ценообразованию в системе ОМС, ДМС, на платные услуги, предоставляемые государственными (муниципальными) учреждениями и частным сектором, создает для них разные условия на рынке медицинских услуг и не способствует развитию негосударственных форм оказания медицинской помощи. Отсутствие финансирования учреждений здравоохранения по полному тарифу на предоставляемые медицинские услуги приводит к тому, что цена как наиболее эффективный механизм регулирования деятельности и развития учреждения здравоохранения не играет должной роли в управлении отраслью. Критическое отношение вызывает и широко практикуемый в отрасли нормативный подход к ценообразованию. Установление усредненных цен лишает возможности многие учреждения создавать экономические фонды, необходимые для расширенного воспроизводства. В условиях рынка такой подход не удовлетворяет ни поставщиков,

ни потребителей медицинских услуг. В то же время и ориентация цен только на фактические затраты конкретного учреждения ведет к затратному и неэффективному развитию экономики здравоохранения. Таким образом, вопрос о наиболее рациональном подходе к расчету себестоимости остается открытым. В этом плане метод *медико-экономической стандартизации*, предполагающей формализованное представление о лечебной технологии для лечения конкретных заболеваний (состояний) у пациента и базирующийся на клиническом протоколе, порядок составления которого определен ОСТом 91500.09.0001-1999, является более перспективным. Нормирование ресурсов и учет их стоимости позволяют использовать единую методику расчета стоимости медико-экономического стандарта и его тарифа. По этому принципу строится ценообразование в рамках современных стандартов медицинской помощи. Вместе с тем, целесообразность использования этого подхода в целях ценообразования вызывает острую дискуссию специалистов, т.к. следование стандартам может затруднять применение новых методов и технологий.

Специфика ценообразования в здравоохранении связана с преимущественно государственным характером управления отраслью и влиянием государства на цены. Формы государственного регулирования, используемые в российском здравоохранении, в основном имели ограничительный характер. *Административное воздействие* государства на действующие цены предполагает непосредственное его участие в определении уровней, структуры и динамики цен, а также утверждении правил ценообразования путем: 1) установления порядка расчета уровня затрат; 2) регламентирования состава затрат посредством специальных нормативных документов; 3) установления расходов, которые должны возмещаться из прибыли; 4) определения норм рентабельности

Проведенный анализ используемых в здравоохранении подходов к ценообразованию показал следующее. Единые подходы к калькулированию основных затрат в разных методиках сочетаются с дифференцированным подходом в определении содержания накладных или косвенных расходов. В

отдельных методиках используются авторские перечни затрат. Недостатком используемых методик формирования цен является их большое многообразие и трудоемкость сбора и обработки информации.

Практика оказания платных медицинских услуг в государственных (муниципальных) учреждениях внесла корректировку в сложившуюся систему ценообразования. Система ценообразования, кроме традиционных приемов, стала включать разнообразные модели цен, выбор которых зависел от многих факторов. Отсутствие четких механизмов увязки экономической заинтересованности учреждений в получении прибыли и поддерживаемой государством социальной значимости медицинской услуги в системе ценообразования является одной из существенных проблем общегосударственной ценовой политики в российском здравоохранении.

**Глава четвертая** *«Формирование цен на платные медицинские услуги в учреждениях здравоохранения»*. Действующие модели цен на платные медицинские услуги рассмотрены с учетом типа учреждения здравоохранения (государственное или муниципальное) и порядка предоставления.

Цена на отпускаемую медицинскую услугу по добровольному медицинскому страхованию определялась как сумма полной себестоимости услуги (с учетом фактических расходов на оплату труда) плюс прибыль, которая устанавливалась самим медицинским учреждением. Рассчитанная стоимость медицинской услуги являлась ее нижней границей, так как в прибыль были включены только затраты на приобретение оборудования. Дополнительно был произведен расчет прогнозной стоимости медицинских услуг ДМС, рассчитанный по нормам ОМС с учетом неотложного текущего ремонта, закупок и капитального ремонта оборудования в соответствии с действующими ценами. В результате цена медицинской услуги возросла. Например, стоимость посещения врача терапевта, рассчитанная по нормам ОМС, составляла в ценах 1999 года 28,4 руб., по ДМС с учетом затрат только на оборудование -52,6 руб., в перспективе на 3 года с учетом стоимости оборудования и капремонта – 76,4 руб. Полученное колебание цен демонстриру-

ет степень влияния инвестиционных факторов на ценообразование в здравоохранении.

Определение расценок *на платные медицинские услуги* в поликлинике №220 г. Москвы осуществлялось на основе Методики расчета затрат на медицинские услуги, утвержденной заместителем министра Минздравсоцразвития России 12.07.2004. , recommending использовать поправочные коэффициенты. Особенность этого расчета заключалась в том, что тарифы на платные услуги поликлиники за 2004-2006 годы не являлись однозначным отражением ее расходов. Это было связано как с инфляцией, отразившейся на затратах на приобретаемые расходные материалы и хозяйственные услуги, а также в связи с изменением затрат на заработную плату в бюджетной сфере и соответственно на рынке коммерческих услуг. В результате произведенного расчета отпускная цена услуги врача-терапевта составила по ценам 2006г. 860,44 руб. в поликлинике и от 1000 до 1300 руб. на дому. Цена платных поликлинических услуг на рынке медицинских услуг г. Москвы в это время колебался на амбулаторном приеме от 550 до 3500 руб., на дому – от 1850 до 3258 руб. (в зависимости от расстояния). Проведенное сравнение позволило отметить нерегулируемость цен на медицинском рынке и оценить уровень цен базовой поликлиники как находящийся ниже средней границы.

Расчет себестоимости *платных услуг в муниципальном амбулаторно-поликлиническом учреждении г. Нерюнгри* проводился по основным статьям калькуляции расходов. При отсутствии утвержденного количества УЕТ на медицинскую услугу фактически оказываемой в учреждении, количество времени необходимое на ее оказание определялось путем хронометража времени, затрачиваемого персоналом на производство услуги. При расчете стоимости амбулаторно-поликлинических услуг и лечебно-диагностических услуг годовой бюджет рабочего времени персонала, непосредственно выполняющего услугу, определялся с учетом коэффициентов использования рабочего времени на основную деятельность. Величина накладных расходов, приходящихся на детальную медицинскую услугу, рассчитывается по фор-

муле:  $HP = K_{нр} * ФЗП_{усл}$ , где  $K_{нр}$  - коэффициент накладных расходов, рассчитанный в целом по учреждению<sup>3</sup>.  $ФЗП_{усл}$  - фонд заработной платы персонала, занятого оказанием платной медицинской услуги.

Одним из важных вопросов, стоявших в области определения цен на медицинские услуги в Нерюнгри, была возможность применения унифицированных цен на аналогичные услуги на одной территории для разных исполнителей. Анализ показал, что применение даже единой методики ценообразования не гарантировало получения близких по величине цен на одинаковые медицинские услуги, выполняемые в различных учреждениях. Это было вызвано тем, что одинаковые по наименованию работы имели разное содержание (разные методы выполнения работ). При анализе также был использован опыт ценообразования в ММУ «Новокуйбышевская городская больница №2»<sup>4</sup> и на рынке *стоматологических услуг*<sup>5</sup> в городе Москве.

Таким образом, изучение опыта ценообразования в практических учреждениях здравоохранения на платные медицинские услуги свидетельствует о большом разнообразии используемых приемов, выбор которых обусловлен условиями финансирования учреждения, тем, кто является заказчиком, в незначительной степени влиянием рыночной конъюнктуры. Большой разброс цен при отсутствии развитого рынка медуслуг правомерно ставит вопрос о необходимости их государственного регулирования. А высокие расходы на содержание основных фондов, составляющие около 50% отпускной цены актуализируют проблему целесообразности учета инвестиционной составляющей в цене на платные медицинские услуги в государственных учреждениях. В ходе изучения опыта ценообразования в учреждениях здравоохранения исследования были обоснованы основные направления снижения себестоимости платных медицинских услуг.

---

<sup>3</sup> Коэффициент накладных расходов определялся отдельно для каждого ЛПУ Нерюнгринского района на один календарный год на основании данных за предыдущий год, и утверждался начальником Управления здравоохранения Нерюнгринской районной администрации.

<sup>4</sup> <http://www.referun.com/n/tsenoobrazovanie-v-meditsine-kak-sotsialnyy-protsess>

<sup>5</sup> [www.hse.ru](http://www.hse.ru)

**В главе пятой** *«Пути совершенствования ценообразования на платные медицинские услуги в условиях перехода на новые организационно-правовые формы»* представлены концептуальные разработки подходов к оптимизации ценообразования на рынке медицинских услуг в период институционального реформирования системы здравоохранения.

*Совершенствование ценообразования* в здравоохранении направлено на создание системы цен и условий, стимулирующих динамическое развитие учреждений здравоохранения, повышение доступности и качества медицинской помощи, усиление профилактической направленности деятельности, обеспечение эффективного использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов, повышение конкурентоспособности медицинских услуг.

Совершенствование системы ценообразования в здравоохранении строится на следующих *основных принципах*: медицинская услуга сохраняет высокую социальную значимость и общедоступность; цена отражает общественно необходимые затраты на оказание медицинской услуги, ее потребительские свойства и качество; цена обеспечивает получение медицинским учреждением прибыли; цена учитывает соотношение спроса и предложения на каждый вид услуг; цена носит противозатратный характер и стимулирует улучшение качества услуг; методика ценообразования способствует росту экономической эффективности использования ресурсов учреждения и его технологическому развитию; регулирование цены на медицинские услуги осуществляется государством в виде льгот и дотаций производителям, субсидий и скидок потребителям; приоритет государственной ценовой политики, выражающей общенациональные интересы, над рыночными регуляторами; ценовая политика учреждения учитывает уровень цен, сложившийся на рынке; цена обеспечивает такие объемы продаж, которые позволяют удерживать ее на доступном для пациентов уровне; ограниченность конкуренции на рынке медицинских услуг диктует недопустимость ценового сговора производителей; метод расчета цены отражает способ оплаты медицинской помощи.

*Основная цель ценовой политики медицинского учреждения* в период формирования рынка медицинских услуг состоит в поддержании стратегической сбалансированности бесплатных и платных медицинских услуг на основе определения рационального объема последних как в натуральном, так и стоимостном выражении.

*Задачи реализации ценовой политики* медицинского учреждения:

1. Определение перспективной номенклатуры платных медицинских услуг;
2. Определение состава потребителей (социальные группы населения) данных услуг и границ платежеспособного спроса;
3. Определение состава работ (процессов) оказания каждого типа услуг, их трудоемкости (сложности) и затрат труда, материалов, оборудования и пр. текущих затрат на их оказание;
4. Планирование необходимой прибыли медицинского учреждения, идущей на компенсацию нехватки финансовых ресурсов, выделяемых учреждению из бюджета;
5. Определение нормативов рентабельности (% прибыли) включаемых в цену платных услуг.

Реализация учреждением ценовой политики потребует использования следующих *методов*: маркетинга состава услуг и определения сегмента рынка; ценового маркетинга (учет соотношения спроса и предложения); ценового бенчмаркинга (анализ и учет действующих цен и прогрессивных моделей ценообразования, рыночных требований к качеству услуг); оптимизации управления затратами (планирование мер по повышению эффективности использования ресурсов); планирования перспективной прибыли (обеспечивающей воспроизводства ресурсов и технологического развития учреждения); моделирования цен (использование методических подходов к формированию наиболее выгодных в данный момент цен).

Одновременно с выбором подходов к ценообразованию важно предпринимать и другие меры по продвижению медицинских услуг и обеспечи-

вать обратную связь, позволяющую руководству учреждения вносить изменения в ценовую стратегию, а также учитывать динамику спроса и фактических потребностей.

## **Выводы**

1. Дальнейшее расширение платных медицинских услуг в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения становится реальной перспективой развития здравоохранения. Существующая более 20 лет практика ценообразования на платные услуги продолжает оставаться наименее разработанным в научном плане механизмом, слабо регулирующим отношения между производителями и потребителями медицинских услуг. Отсутствие четко сформулированной отраслевой ценовой политики, использование на практике всевозможных ухищрений в формировании государственных цен при двойственности подхода (с одной стороны – на развитие, с другой – на сдерживание), отсутствие системного решения проблемы на уровне учреждения при неразвитости организационно-экономических механизмов ценообразования приводят к снижению влияния ценового фактора на эффективность функционирования, ресурсное и технологическое развитие отрасли.

2. Специфика ценообразования в российском здравоохранении, прежде всего, выражается в большом разнообразии методических подходов к формированию цен и способов их расчета, что свидетельствует о продолжающемся процессе становления системы ценообразования в здравоохранении. Затратный метод формирования цены (на основе расчета текущих затрат), приводящий к экономической стабилизации учреждений здравоохранения на имеющемся уровне, не стимулирует их технического совершенствования и инновационного развития. Жестко регламентирующая роль государства в ценообразовании, проявляющаяся в нормировании большого числа промежуточных параметров, формировании государственных тарифов и прејскурантов и т.п., ограничивает возможности развития рынка медицинских услуг и снижает внимание учреждений к реальным потребностям населения.

3. Анализ опыта ценообразования в практических учреждениях здравоохранения продемонстрировал широкий диапазон используемых подходов к формированию цен на платные медицинские услуги, выражающийся в огромном разбросе цен на рынке платных медицинских услуг и слабость нормативно-правового регулирования системы ценообразования на медицинские услуги. Государственная политика в области реформирования цен и ценообразования, предусматривающая сочетание дальнейшей демократизации при установлении цен на основе широкого использования экономических методов с одновременным усилением централизованных начал в управлении процессом ценообразования, не реализуется в достаточной степени в сфере платной медицинской помощи.

4. Снижение себестоимости медицинских услуг может быть достигнуто следующим образом: 1) увеличением объема оказываемой медицинской помощи (эффект «масштаба») на основе более рационального использования имеющихся мощностей (помещений, оборудования и т.д.); 2) повышением интенсивности использования ресурсов, производительности труда персонала (повышением квалификации, использованием современных видов техники, эффективных методов лечения), диверсификацией услуг; 3) привлечением дополнительного потока пациентов за счет проведения маркетинговой политики, эффективной рекламы, изменения отношения к пациентам и т.д.; 4) четкого разграничения видов и объемов услуг, оказываемых пациенту в рамках ОМС и за дополнительную плату; использованием стандартов, регламентирующих объем медицинской помощи при конкретном заболевании (услуги, предоставляемые сверх стандартов, также оказываются за дополнительную плату); 5) нормирования расходных материалов (разработки нормативов на основные виды расходных материалов, моющих средств, ГСМ и т.д.); 6) создания экономических стимулов к более рациональному использованию медикаментов, расходных материалов и т.д. на основании соответствующих стимулирующих систем оплаты труда; 7) использования мер государственной поддержки развития платного сектора.

5. Новые условия функционирования учреждений потребуют реформы ценовой политики в здравоохранении, направления которой определяются приоритетом маркетингового подхода в формировании цен, развитием рынка «покупателя» медицинских услуг, методами государственного регулирования, направленными на оптимизацию цен, установление роли, места и цели платных услуг в системе медицинского обеспечения населения.

6. В целях совершенствования политики ценообразования на платные медицинские услуги предложена концептуальная модель системы ценообразования, включающая: определение номенклатуры (перспективной) платных услуг, обоснование состава основных потребителей этих услуг, оценки их текущего и платежеспособного спроса на каждую из услуг, определения экономических параметров процесса производства выделенных групп и способов ценообразования на основе изучения и освоения приемов учреждений, демонстрирующих ценовые преимущества. Управление ценами должно предусматривать определение основной цели ценовой политики учреждения в отношении платных услуг, планирование мер по повышению эффективности использования ресурсов (снижению себестоимости), разработку ценовой стратегии на рынке медицинских услуг и соответствующих моделей цен.

7. Реализация модели ценообразования платных медицинских услуг в государственных (муниципальных) учреждениях потребует: а) четкого разграничения номенклатуры медицинских услуг, обеспеченных государственной гарантией оказания бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг; б) пересмотра нормативно-правовой базы, регламентирующей порядок предоставления платных медицинских услуг и методику формирования цены; в) специальной подготовки руководителей учреждений по вопросам ценовой политики учреждения, технологии ценообразования, механизмам рыночного управления ценами.

### **Предложения**

1. С учетом становления и необходимости развития рынка платных медицинских услуг первостепенное внимание должно быть уделено совершенст-

вованию экономических механизмов управления медицинским учреждением, которые должны включать:

- Внедрение механизмов перспективного планирования состава платных услуг населению с учетом расширения профиля (диверсификации) деятельности учреждения и повышения качества медицинской помощи на основе разворачивания маркетинговых исследований потребности и платежеспособности населения;
- Внедрение системы дифференцированного учета затрат (в т.ч. видов необходимого оборудования, требуемых площадей) на осуществление платных услуг;
- Внедрения комплекса моделей цен с учетом особенностей платных услуг и видов финансирования учреждений. Для платных услуг высокой социальной значимости, а также использующих инновационные подходы, авторские решения, должна быть предоставлена возможность устанавливать договорные цены;
- Внедрение комплекса стандартов по определению моделей цен, регламентов порядка ценообразования с учетом типа учреждения и вида услуги;
- Внедрение внутриучрежденческой системы мониторинга качества и результативности платных услуг, включающего учет результатов;
- Внедрение системы бюджетирования учреждения, учитывающей планируемые объемы платных услуг в зависимости от рационального соотношения с количеством бесплатных услуг.

2. Для обеспечения методической основы системы ценообразования необходимо внедрить дифференцированный (гибкий) подход к проектированию различных моделей цен на платные медицинские услуги, учитывающий: уровень конкуренции на рынке медицинских услуг; степень инновационности медицинской услуги; качество услуги; длительность ее оказания; финансовое положение учреждения.

3. Модели цен целесообразно проектировать в форме: а) прейскуранных цен, б) моделей с повышенными нормативами прибыли при оказании сложных, эксклюзивных услуг на уровне НОУ-ХАУ; в) модели с предварительным авансированием текущих затрат и окончательной оплатой по фактическому результату для случаев длительно оказываемых услуг и пр.
4. В условиях наращивания платных услуг необходимо усилить контроль за организацией и качеством основной деятельности учреждения, исключая замену бесплатной помощи на платные услуги.
5. Платные медицинские услуги в учреждениях здравоохранения должны быть организационно выделены в самостоятельный вид деятельности, регламентируемый приказом Минздравсоцразвития России и Положением о подразделении по оказанию платных услуг с возложением ответственности на заместителя руководителя учреждения.
6. Внедрение новой модели системы ценообразования на платные услуги требует проведения серьезной подготовительной работы для внедрения организационно-экономических механизмов наращивания платных услуг, что предполагает инвентаризацию медицинского оборудования, внедрение системы учета использования оборудования по времени и мощности, повышение квалификации персонала, анализ имеющихся инновационных разработок, разработку планов мероприятий по работе с населением, организацию системы приема населения и оплаты услуг через кассу, обучение персонала в разрезе номенклатуры платных услуг на рабочем месте, разработку механизма ответственности за качество платных услуг и учета претензий населения.
7. Система взаимодействия учреждений здравоохранения с государственными (муниципальными) органами управления должна иметь уведомительный характер по основной массе услуг и разрешительный по отдельным наиболее сложным и социально значимым услугам. В целях контроля гражданского общества над развитием предпринимательства в здравоохранении должны быть созданы общественные организации участников процесса оказания платных медицинских услуг.

## Список публикаций

1. Стародубов В.И., Хальфин Р.А., Михайлова Ю.В., Калининская А.А., Попович В.К., Назаров В.И., Фурсенко С.Н. Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению. Методические рекомендации № 9002/106 Утвержден первым заместителем Министра 4.11.2002г. М., 35с.
2. Михайлова Ю.В., Косолапова Н.В., Тупицина Т.П., Андреева И.Л., Фурсенко С.Н., Михайлов А.Ю. Организационно-правовые основы оказания платных медицинских услуг Методическое пособие для организаторов здравоохранения и руководителей медицинских учреждений. М., 2005г., 101с.
3. Политика формирования «Здорового города» в интересах сохранения человеческого потенциала в г. Нерюнгри, 2005-2015 г. Нерюнгри 2005, 245с
4. Фурсенко С.Н. Нормативно-правовое обеспечение и порядок платных медицинских услуг в современных условиях. Методические рекомендации. М., 2008, 15с.
5. Михайлова Ю.В., Косолапова Н.В., Михайлов А.Ю., Сасина М.С., Замахаев С.А., Турчиев А.Г., Фурсенко С.Н. «Реорганизация государственных (муниципальных) лечебных учреждений в государственные (муниципальные) автономные некоммерческие организации и автономные учреждения» Методические рекомендации. М., 2007, 39с.
6. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Муравьева В.Н., Уткина Г.Ю., Фурсенко С.Н. Социальная и правовая работа с несовершеннолетними и их семьями (Учебно-методическое пособие) М., 2009г., 48с.
7. Фурсенко С.Н. Анализ деятельности медицинской организации в рамках программы ОМС на примере Нерюнгринского муниципального района» **Якутский медицинский журнал** 1 (25) 2009.
8. Михайлова Ю.В., Стерликов С.А., Шестаков М.Г., Фурсенко С.Н., Уткина Г.Ю., Францева В.О. «Социально-экономические особенности территорий с высокой преступностью несовершеннолетних и их взаимосвязь со степенью распространения ряда социально-значимых заболеваний». **Проблемы управления здравоохранением**. М., 2009. - №6. – С.74-80.
9. Зинчук Ю.Ю., Пацукова Д.В., Фурсенко С.Н. Некоторые подходы к оценке деятельности медицинских специалистов в условиях развивающегося рынка медицинских услуг. **Социальные аспекты здоровья населения (электронный журнал)** 2011. - №4.

Подписано в печать 17.11.2011  
Формат 60x84/32. Тираж 100 экз.  
Заказ 3а/11-11

Отпечатано в типографии  
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Росздравсоцразвития РФ  
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11